

### 1 自己評価及び外部評価結果

**【事業所概要(事業所記入)】**

|         |                       |            |            |
|---------|-----------------------|------------|------------|
| 事業所番号   | 2375000284            |            |            |
| 法人名     | 有限会社 空                |            |            |
| 事業所名    | 有限会社 空 グループホーム「ハーモニー」 |            |            |
| 所在地     | 愛知県長久手市坊の後1418番地      |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成28年2月1日             | 評価結果市町村受理日 | 平成28年3月24日 |

**【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】**

当ホームで働く私達が大切にしていることは、「ハーモニー」の主体は利用者(住人さん)であり、その住人さんをケアするスタッフは脇役となり、常に主体である住人さんを支えることです。それには①住人さんの人格と人権を尊重し、人生の先輩として敬う姿勢で接すること、②住人さん個々の自己決定を大切にすること、③住人さんの過去の生活歴を大切に継続性のある生活作りに努めること、④住人さんに残された能力(残存能力・機能)を今出来ることとして発揮していただくよう工夫していくこと、⑤住人さんがなにより安心・安楽でいられるように生活環境の工夫に努めること、以上をケアする中で意識して住人さんの支援に努めています。

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

|          |   |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://www.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2375000284-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2375000284-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

**【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】**

ホームの継続した取り組みとして、毎月の介護計画の見直しあげられる。毎週、カンファレンスを実施し利用者一人ひとりに合わせた支援内容を考え、職員の気付き等を介護計画の中に盛り込み、職員間の共有と実践につなげている。ホームが1ユニットであることも合わせて、利用者に関する細かな把握とその方に合わせた支援が行われていることで、重度の方や対応が困難な方の支援にもつなげている。ホームは保育園と併設して開設されており、日常的に園児の声が聞こえ、利用者にとっては子どもとの交流の機会にもつながっている。保育園との合同の行事も行われており、その際には地域の方にも案内を行い交流にもつながっている。また、ホームは開設以来大切にしている『「はあもにい」の誓い』を基本理念としながら、職員が振り返りながら、利用者、家族との信頼関係づくりにつなげている。

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

|       |                       |  |  |
|-------|-----------------------|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人『サークル・福寿草』   |  |  |
| 所在地   | 愛知県名古屋市中熱田区三本松町13番19号 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成28年2月19日            |  |  |

**V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します**

| 項目 |  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   |
|----|--|-----------------------|---|----|---|-----------------------|---|
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)     | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんど掴んでいない | 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)           | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                 | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くない            |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)  | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 66 | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている<br>(参考項目:30,31)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                                   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62 | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  |    |   |                       |   |

# 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

| 自己                 | 外部  | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|--------------------|-----|--|--|--|-------------------|
|                    |     |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |  |  |  |                   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。                            | 毎週行っているケアカンファレンスの中で理念を確認する機会はある、個別ケアの中に活かしている。   | 開設以来大切にしている『「はあもにい」の誓い』を基本理念として、カンファレンスの機会にも内容を振り返る取り組みを継続している。また、家族に向けた便りの中にも代表者よりホームの思いが伝えられている。               |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。                            | 新興住宅地の中にあり、ご近所の付き合いは難しい面もあるが、地域の理美容の訪問や、ボランティアの訪問などあり、日常的な交流はできている。                                  | 地域の自治会の会合に出席する等、地域の方との交流に取り組んでいる。併設している保育所と連携した行事の際には地域の方にも案内を行っており、交流会としている。また、毎月のコーラスグループによる訪問の機会が継続されている。     |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。                          | 今年度も長久手市主催の地域密着型施設巡りバスツアー企画に賛同し、地域住民の見学を受け入れました。住民の方々にはグループホームの理解と、入居利用者とのふれあいを通して当ホームの存在を認知していただいた。 |  |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。       | 左記同様に行っている。  | 会議の際には、利用者一人ひとりに関する細かな報告が行われており、出席者にホームの現状を知ってもらう取り組みにつなげている。また、家族には交代で出席をお願いしており、情報交換につなげている。                   |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。                  | 市の担当職員および包括支援センターの職員とは日常的に連携している。  | ホームは、市内の介護事業所を訪問するバスツアーを通じた協力を行っており、情報交換につなげている。また、管理者は市の介護保険事業計画の策定委員を引き続き務めており、市の介護保険事業に協力している。                |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介指針基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 | 全職員、身体拘束によって利用者が受ける身体的・精神的弊害について理解している。  | ホームは身体拘束を行わない方針のもと、玄関の鍵が利用者で開けられる構造であるため、職員による見守りが行われている。また、毎週のカンファレンスの際には、市内拘束等を行わないように、その方に合わせた対応を行うよう取り組んでいる。 |                   |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。       | 全職員、虐待防止についての認識度は高まり、虐待防止は徹底している。  |  |                   |

| 自己 | 外部  | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----|-----|---|---|---|-------------------|
|    |     |   | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。    | 職員の認識度は高まっている。  |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。                         | 時間をとって丁寧に説明し同意を得ている。  |   |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。                     | 利用者本位の運営に心がけている。毎週1回行うカンファレンスの時に、利用者の要望や意見を聴きとる機会は設けている。                                | ホームでは、家族との交流の機会をつくっている他にも、行事を通じた交流を行っている。管理者は法人代表者でもあるため、家族からの要望等には柔軟に対応している。また、毎月の介護計画の見直しを通じた情報交換も行われている。       |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。                                      | 毎週1回のカンファレンスの時間に、職員の意見や要望を聞く機会は設けている。職員の意見交換も行っている。                                     | 職員間で毎週のカンファレンスの他に、月1回の職員会議が行われており、現場職員からの意見等の反映に取り組んでいる。また、管理者でもある法人代表者による個別面談の機会がつけられており、職員一人ひとりと向き合う時間もつけられている。 |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。      | 介護職は他の職種と異なり低賃金で重労働の職場であることから、事業所側だけでは就業環境の整備は困難である。しかし、職員の前向きな姿勢と情熱でケアの質は落とさずに済んでいる。   |   |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。         | 日常的に学ぶことを推進し、非常勤の職員にもチームの一員として、外部研修や施設内研修等に参加の機会を設けている。今年度は認知症介護実践リーダー研修に1人参加させることができた。 |   |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている。 | 同業者と交流する機会はできている。さらに事業者間での情報交換も可能であり、日常的に連携は行っている。                                      |   |                   |

| 自己                         | 外部  | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----------------------------|-----|---|---|--|-------------------|
|                            |     |   | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |   |   |  |                   |
| 15                         |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。 | 努力している。入居にあたっては2～3回来所頂き当ホームの実際を体験していただくから、自己決定で入居に至っている。              |  |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。            | 左記同様に行っている。   |  |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。        | 必要に応じ、地域包括支援センター等と連携しながら他のサービス機関に繋げている。                               |  |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。                        | 利用者は人生の先輩であるという認識を全職員が共有しており、普段から利用者に教えてもらうという意識で、場面づくりや工夫をしている。      |  |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。         | 利用者の意見や要望を受け止め、それらをご家族にもお伝えして共に利用者を支えている。                             |  |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。                     | 利用者の平均年齢は87歳と高齢であり、それに伴いADLや認知機能の低下も著しく、関係維持の支援は困難になってきている。           | 利用者の中には、ホーム近隣からの入居の方もおり、地域の方との交流を通じた、馴染みの方との関係継続にもつながっている。また、家族との外出の機会は減っているが、毎月の介護計画の見直しに合わせた交流の機会がつけられている。 |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。                 | 利用者同士の関係を把握し、時に個別に話を聴いたり、相談に乗ったりして利用者同士の関係がうまくいくように、職員が調整役となって支援している。 |  |                   |

| 自己                                 | 外部   | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------------------------------------|------|---|--|--|-------------------|
|                                    |      |   | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。                    | 管理者は早い時期に退居された先に必ず面会に行き、必要に応じてご家族を支援している。  |  |                   |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |   |  |  |                   |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。   | 常に一人ひとりの思いや希望・意向の把握に努めている。   | 毎週のカンファレンスの機会がつけられており、職員による利用者に関する気付き等を話し合い、利用者の意向等の把握につなげている。また、日常的にも「気付きメモポケット」を用意する取り組みが行われており、職員の気付き等を介護計画につなげている。 |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。                                       | 生活の継続性を維持していくために、家族から情報を収集したり、本人自身にも記憶にあることを語っていただいたりしている。                               |  |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。   | 利用者個々の生活リズムを理解すると共に、他の利用者との関係性も含め、その方の行動や小さな動作をとおして感じ取り本人の全体像を把握している。                    |  |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。 | 職員が情報を確認し、家族や本人の要望を取り入れつつ、期間が終了する前に見直し、状況が変化した際には終了する前であっても検討見直しを行っている。(短期目標1ヶ月、長期目標3ヶ月) | ホーム独自の様式を活用ながら、毎月の介護計画の作成を継続している。毎週のカンファレンスの機会がつけられ、職員間でモニタリングにつなげ、家族との面談も行われている。また、職員で毎日の記録も細かく残す取り組みも行われている。         |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。                        | 毎日、個別記録に記入することで職員間の情報共有を行っている。また個別記録を基に介護計画の見直し、評価を実施している。                               |  |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。               | 本人や家族の状況に応じて、買い物外出や外食、通院等必要な支援は柔軟に対応し、個々の満足を高めるよう努めている。                                  |  |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |  |
|----|------|---|--|--|--|
|    |      |   | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容  |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。                                     | 本人と地域との様々な接点を見出し、周辺施設への働きかけやボランティアへの協力を呼び掛けている。実際、散歩の途中に図書館やミニ画廊を利用させていただくことで楽しみも増している。                    |  |  |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。                                 | 協力医との連携は十分にできており、2週間に1回の全体訪問診療および個々の往診も月に1回受けている。また歯科医とも連携できており、必要時は歯科往診を依頼することも可能である。                     | 協力医による利用者に合わせて訪問診療等の支援が行われており、ホームとの医療面での連携が行われている。また、管理者をはじめ、ホームには複数の看護師が勤務しており、利用者の健康チェックや家族への情報提供が行われている。            |  |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。                         | 看護職員を配置しており、常に利用者の健康管理や状態変化に応じた支援を行えるようにしている。  |  |  |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 病院関係者との情報交換や相談に努めている。また家族とも情報交換しながら、回復情報等速やかな退院支援に結びつけている。   |  |  |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。 | 利用者の重度化に伴い、当ホームが対応し得る最大のケアについて、家族へ説明し了承得て実践している。終末期の対応については検討中である。   | ホームでは、看取りを見据えた支援についても前向きな考えは持っているが、現状のホームの体制から困難であることも家族に伝えられている。入居期間が長くなった利用者の中には、状態が重度の方が生活しており、今後に向けたテーマにもなっている。    | 利用者の中には、重度の方も生活しており、日常生活の中でも職員による介助が必要になっている。家族からの意向も確認しながら、より良い支援につながることを期待したい。 |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。   | 消防署で行われている救命講習会に、毎年全職員を研修として参加させている。   |  |  |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。   | 火災を想定した消防訓練は毎月行っている。災害時を想定して、職員の連絡網を作成し速やかに行動できるようにしている。今年度は例年事業の12月の餅つき大会で、地域の人達に参加していただき避難訓練を実施することができた。 | ホームでは年間を通じた避難訓練を行っており、併設の保育園との合同の訓練も行われている。今年度は、ホームの行事を通じた訓練の実施を行っており、地域の方に現状を知ってもらい取り組みが行われている。また、利用者毎の備蓄品の確保が行われている。 | 地域の方の協力関係を築くための取り組みを行っており、今年度も新たな取り組みを加えて実施している。取り組みを継続することで、協力関係が深まることを期待したい。   |

| 自己                               | 外部   | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----------------------------------|------|---|---|---|-------------------|
|                                  |      |   | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |   |   |   |                   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。                   | 左記のとおり実践している。   | ホーム理念でもある『「はあもにい」の誓い』には、利用者の尊重と自己決定を守ることを目指した内容が盛り込まれてある。定期的なカンファレンスの時間等、職員が理念の内容を振り返りながら、言葉遣い等に注意するように取り組んでいる。 |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。                     | 左記のとおり実践している。意思表示が困難な方には表情を読み取ったりして、些細なことでも本人が決める場面を作っている。                      |   |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。 | 個々の体調に配慮しながら、その日、その時の本人の気持ちを尊重して、できるだけ個性のある支援を行っている。                            |   |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。                                  | 左記のとおり、日頃から気にかけて支援している。季節に応じた衣服の調整にも十分に配慮している。                                  |   |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。     | 調理、配膳、片付け等は参加可能な利用者と共にしている。また家庭的な食事を提供し、利用者と職員と一緒にテーブルを囲み楽しく食事ができる雰囲気づくりに努めている。 | 調理は担当職員を中心に、利用者の好みや嗜好にも配慮している。利用者も下ごしらえや玄米の選別等、出来ることに参加している他にも、重度の方に合わせたミキサー食やトロミ食の提供も行われている。                   |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。          | 食事や水分の摂取状況を毎日チェック表に記録し職員は情報を共有している。   |   |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。                   | 口腔ケアの重要性については、全職員が理解しており、朝・昼食後と就寝前には必ず利用者個々に応じた歯磨き及び義歯洗浄の介助を行っている。              |   |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |   |
|----|------|---|---|--|---|
|    |      |   | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容   |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている。                             | 排泄の時間や習慣を把握して誘導することで、トイレでの排泄を促している。個別の排泄対応については介護計画に沿って実践している。  | 定期的なカンファレンス等で話し合いながら、排泄状態等を介護計画に細かく盛り込み、利用者に合わせた排泄支援につながるよう取り組んでいる。また、日常的な食事の工夫等も行いながら、排泄状態の維持、改善につなげている。        |   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。   | 繊維質の多い食材を積極的に取り入れている。また、身体を動かす機会を適度に設けて、自然排便ができるよう取り組んでいる。  |  |   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている。                            | 利用者のその日の希望を確認して入っていただく。浴槽での入浴は週3回程度であるが、シャワー浴は毎日行っている。脱衣室及び浴室洗い場には床暖房を設置している。                           | 入浴については、利用者の希望にも合わせて実施しており、シャワー浴と合わせて、毎日のように入浴を行うことも可能である。また、重度の方に合わせた複数の職員による介助を実施したり、足湯用の容器を用意した足湯の楽しみも行われている。 |   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。  | 日中の活動を促し、生活リズムを整えるよう努めている。その他、昼食後は午睡の時間を設け、午前中の疲れを取り、午後の活動の源にしている。活動と休息のバランスを考えて支援している。                 |  |   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。   | 服薬の方法と薬の内容は、個別に薬袋を作り把握できるようにしている。また薬剤師との連携も密に行っている。   |  |   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。                            | 得意分野で個々人の力を発揮できるよう支援している。重度化した人の場合は、全体で行うレク等に参加して一人にしないという支援を行っている。                                     |  |   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるよう支援している。 | 猛暑と厳冬期を除き、散歩に出かけているが、入居者の平均年齢は87歳と高齢で、ADLの低下はもとより体調不良の方やBPSDの顕著な方も多く、外出できる人は限られている。中には家族同伴で外出される方もおられる。 | ホーム周辺の散歩に出かけたりしているが、日常的な外出の機会は限られている現状がある。また、ホームでの外出行事は行われており、季節に合わせた花見や弁当を持ったピクニックの外出が行われている。                   | ホームでは、現状、外出の機会が限られている。職員間で実施しているカンファレンス等で話し合い、外出が可能な方によるグループ外出の実施等、ホームからの外出の機会が増えることを期待したい。 |



| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----|------|---|---|---|-------------------|
|    |      |   | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。  | 利用者の要求に応じ、少額を手元に持っている人もいます。   |   |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。   | 入居時から携帯電話を持参されている利用者がおられるが、認知症の進行と共に使用方法や管理が困難になってきている。また手紙を書くことについては、大半の利用者が認知レベルの低下により出来なくなってきている。                                |   |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。 | 調理の音やご飯の炊ける匂い、心地よい音楽、季節の楽しみごとや食べ物など、五感や季節感を味わえるように意識的に取り入れ工夫している。   | ホーム内は木のぬくもりを活かした環境であり、落ち着きのある空間となっている。ゆったりとしたリビングとソファが配置されており、利用者が寛ぐことができる配慮が行われている。また、植物が植えられており、雰囲気づくりが行われている。      |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。  | 廊下に長椅子を置いたり、和室を利用できるようにして、一人で過ごしたり、仲の良い利用者同士でくつろげるスペースを作っている。   |   |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。  | ベッドやタンス、椅子以外にもそれぞれの利用者の好みや馴染みの物等を生活スタイルに合わせて用意していただいている。また使い慣れた時計や小物、家族の写真なども持ってきていただき、安心して過ごせるように配慮している。(しかし、それらのことが混乱の原因になることもある) | 居室には障子を設置する等、和風の雰囲気をつくりながら、利用者の入居前からの環境に近くなるように配慮されている。利用者により、馴染みの家具類が持ち込まれたり、自身の作品を飾っている方もおり、一人ひとりに合わせた居室づくりが行われている。 |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。   | 利用者の状況に合わせて、手すりや浴室、トイレ、廊下、玄関等の居住環境が適しているかを検討し安全確保と自立への配慮を行って入れる。  |   |                   |